

Die Aufbewahrung der Krankengeschichte und der gesetzliche Datenschutz

Ärztinnen und Ärzte sind von Gesetzes wegen verpflichtet, über ihre Patientinnen und Patienten eine sachgerechte Krankengeschichte zu führen. Sie dient der Patientensicherheit und Transparenz, ist ein Arbeitsinstrument für den

Arzt und bildet nicht zuletzt auch die Basis für Leistungen der Versicherungen. Gleichzeitig gehören die vom Arzt bearbeiteten Personendaten zu den besonders schützenswerten Daten des Patienten, deren Bearbeitung den erhöhten

Anforderungen des Datenschutzgesetzes untersteht. Der vorliegende Beitrag soll den Umgang mit dem Datenschutz in der Arztpraxis erläutern und bestehende Spannungsfelder zur gesetzlichen Aufbewahrungspflicht aufzeigen.

Pflicht zur Führung der Krankengeschichte

Der Kanton Luzern schreibt in § 26 des Gesundheitsgesetzes vor, dass Ärztinnen und Ärzte über ihre Berufsausübung Aufzeichnungen machen und diese während 10 Jahren aufbewahren müssen. Über die Art und Weise der Aufzeichnungspflicht schweigt das Gesetz. Die Führung der Krankengeschichte ist denn auch von Disziplin zu Disziplin unterschiedlich und vorwiegend eine medizinische Fachfrage. Über die zehnjährige Aufbewahrungspflicht hinausgehende Fristen bestehen für bestimmte Dokumentationen im Laborbereich (z. B. Analyseergebnisse im Blutspendewesen), für Blut und Blutprodukte (20 Jahre), im Bereich von Transplantationen (20 Jahre) und medizinischen Strahlenquellen (mindestens 20 Jahre). Diese letztgenannte Aufbewahrungsfrist gilt allerdings nicht für Röntgenbilder. Für Röntgenbilder bestehen keine besonderen Vorschriften, weshalb sie unter die allgemeine ärztliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren fallen.

Die Krankengeschichte muss jederzeit lesbar sein, damit die Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden kann. Sie muss alle wichtigen Befunde und Diagnosen enthalten, den Nachvollzug der Behandlungsgeschichte ermöglichen und Aufschluss über den Ablauf und Gegenstand der Aufklärung des Patienten geben. Eine unvollständige Krankenakte kann sich im Falle eines Behandlungsfehlers negativ auf den Arzt auswirken. Eine vollständige, lückenlose Patientenakte ist deshalb sowohl im Interesse des Patienten als auch des Arztes notwendig.

Die Krankengeschichte wurde während langer Zeit handschriftlich geführt und in Aktenstränken aufbewahrt. Heute ersetzt allerdings immer mehr die elektronische Krankengeschichte die handschriftlich geführte Patientenakte. Die elektronische Führung der Krankengeschichte wird auch künftig an Bedeutung gewinnen. So verfolgt der Bund seit ein paar Jahren die sogenannte «Strategie eHealth Schweiz». Ziel ist es, dass alle Patienten künftig über ein elektronisches Patientendossier verfügen sollen. Dies soll den Austausch, die Verfügbarkeit

und die Datensicherheit verbessern bzw. erhöhen und andererseits aber auch den Platzbedarf für die Archivschränke minimieren. Der Bundesrat hat am 16. September 2011 die Vernehmlassung zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier eröffnet. Sie dauert bis 20. Dezember 2011.

Der Datenschutz in der Arztpraxis

Der Arzt sammelt und bearbeitet durch seine Tätigkeit personenbezogene Daten. Diese Daten fallen unter das Datenschutzgesetz und sind sogenannte besonders schützenswerte Personendaten. Ärzte an kantonalen, öffentlich-rechtlichen Spitälern unterstehen dabei der kantonalen Datenschutzgesetzgebung, private, frei praktizierende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Privatkliniken und Versicherungen der Datenschutzgesetzgebung des Bundes.

Obschon der Arzt die Gesundheitsdaten des Patienten sammelt und verwaltet, bleiben die Daten im Eigentum des Patienten. Dieser alleine bestimmt was mit den Daten gemacht werden darf und was nicht.

An die Bearbeitung besonders schützenswerten Personendaten stellt das Gesetz hohe Anforderung. Im Folgenden sollen die wichtigsten Grundsätze, die bei der Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten zu berücksichtigen sind, zusammengefasst aufgezeigt werden. Nicht weiter eingegangen wird auf das ärztliche Berufsgeheimnis und die damit zusammenhängenden Pflichten und Sanktionen.

1. Zweckbestimmung

Personendaten dürfen nur zu dem Zweck bearbeitet werden, der bei der Beschaffung angegeben wurde, aus den Umständen ersichtlich oder gesetzlich vorgesehen ist. Es ist deshalb unzulässig, Daten auf Vorrat zu sammeln.

2. Verhältnismässigkeit

Der Grundsatz der verhältnismässi-

gen Bearbeitung der Personendaten besagt, dass nur diejenigen Personendaten beschafft werden dürfen, die für die Behandlung geeignet und erforderlich sind und mit Blick auf den Bearbeitungszweck und die Persönlichkeitsbeeinträchtigung des Patienten in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Die Erfassung von Daten, die sich nicht auf den Patienten direkt beziehen und/oder die für die Behandlung nicht direkt von Bedeutung sind, ist daher unzulässig und zu unterlassen (beispielsweise Zivilstand, Name/Beruf des Partners). Die Bearbeitung der Daten darf zudem nicht länger andauern als nötig.

3. Richtigkeit der Daten

Wer Personendaten bearbeitet, hat sich über deren Richtigkeit zu vergewissern und Angaben, die sich im Laufe der Zeit ändern können, auch entsprechend zu aktualisieren und abzuändern. Der Patient hat das Recht zu verlangen, dass unrichtige Daten berichtigt werden.

4. Auskunftsrecht des Patienten

Von zentraler Bedeutung ist das Auskunftsrecht des Patienten darüber, ob und welche Daten von ihm bearbeitet werden. Dieses Recht ist höchstpersönlicher Natur; d. h. es kann nur von der betroffenen Person selbst ausgeübt werden und zwar auch dann, wenn diese Person noch nicht volljährig oder entmündigt ist. Der Auskunftsanspruch des Patienten ist sehr umfassend und weitgehend. Er kann Auskunft über alle seine Daten verlangen, die aufbewahrt werden (z. B. Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde, Diagnosen, Gutachten, Berichte etc.).

Für die Geltendmachung dieses Anspruchs reicht der Patient in der Regel ein schriftliches Gesuch beim Arzt ein. Er hat dieses Gesuch nicht zu begründen. Allerdings hat er sich über seine Identität auszuweisen. Die Beilage einer Kopie eines amtlichen Ausweises ist immer dann zu empfehlen, wenn der Arzt die Person nicht gut kennt oder das Vertrauensverhältnis der beiden gestört ist. Im Einzelfall ist abzuwägen, ob nicht auch eine telefonische Anfrage ohne Nachweis der Identität reichen kann.

Die Auskunft erfolgt grundsätzlich schriftlich, in Form eines leserlichen Ausdruckes oder einer Kopie der Behandlungsdokumentation und ist kostenlos. Vom Auskunftsanspruch ausgenommen sind die Notizen des Arztes, welche ausschliesslich zum persönlichen Gebrauch bestimmt sind (z. B. als persönliche Gedankenstütze dienen). Eine solche Ausnahme ist allerdings restriktive anzunehmen. Weiter kann die Auskunft dann verweigert werden, wenn ein Gesetz dies vorsieht oder beim Vorliegen überwiegender Interessen Dritter. Dabei können die Interessen von anderen Ärzten nur sehr selten als überwiegend betrachtet werden, sind sie doch selber auch auskunftspflichtig.

5. Datensicherheit und Zugriffskontrolle

Personendaten müssen durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen gegen unbefugtes Bearbeiten geschützt und die Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität der Daten gewährleistet werden.

Unbefugten Dritten ist daher der Zugang zu Räumen, in denen Gesundheitsdaten der Patienten bearbeitet werden, zu verwehren. Ebenfalls ist der Zugriff auf die Gesundheitsdaten technisch so einzuschränken, dass der Zugriff immer nur auf diejenigen Daten besteht, welche die Person für ihre Tätigkeit benötigt. In gleicher Weise ist sicherzustellen, dass die Gesundheitsdaten nicht unbefugterweise geändert, gelöscht oder vernichtet werden. Zum Schutz der Daten sind regelmässig Sicherungskopien zu erstellen und die Passwörter zu ändern. Der Arzt ist weiter verpflichtet, technische und organisatorische Massnahmen zu treffen, die notwendig sind, um die Daten der Patienten zu sichern, wenn die Computerinfrastruktur der Praxis ans Internet angeschlossen ist. Es ist zu empfehlen, die Sicherheitsmassnahmen regelmässig überprüfen zu lassen.

Spannungsfelder im Bereich der Archivierung und Löschung der Gesundheitsdaten

Wie bereits ausgeführt ist der Arzt verpflichtet, die Behandlungsdokumentation über den Patienten aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfristen sind je nach Art der Dokumentation unterschiedlich, stellen aber grundsätzlich Mindestfristen dar. Im Einzelfall kann es sich rechtfertigen, Daten länger aufzubewahren. Der Datenschutz auf der anderen Seite verlangt, dass Daten zu löschen sind, wenn sie nicht mehr benötigt werden (Verhältnismässigkeit).

Aus dem Spannungsfeld der unterschiedlich langen Aufbewahrungsfristen

ergibt sich, dass der Arzt geeignete Massnahmen treffen muss, damit Dokumentationen, für die eine längere als die zehnjährige Aufbewahrungsfrist gilt, auch länger aufbewahrt und nicht gelöscht werden.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist sind die Daten unwiderruflich zu löschen. Papierdokumente dürfen nicht in Abfallsäcken entsorgt werden, sondern sind in einem Aktenvernichter zu vernichten.

Die Komplexität der Aufbewahrung der Patientendaten wird noch dadurch gesteigert, dass dem Patienten das Recht zukommt, seine Patientendaten herauszuverlangen, sie berichtigen oder auch vorzeitig löschen zu lassen. Verlangt ein Patient von seinem Arzt, dass dieser seine Daten unwiderruflich zu löschen habe, sieht sich der Arzt einerseits mit der Forderung des Patienten und andererseits mit der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht konfrontiert. Der Arzt kann sich nur aus diesem Widerspruch lösen, indem er vom Patienten eine schriftliche Erklärung verlangt, in welcher der Patient den Arzt von seiner gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht explizit befreit und auf sämtliche Ansprüche gegen den Arzt aus dem Behandlungsverhältnis verzichtet.

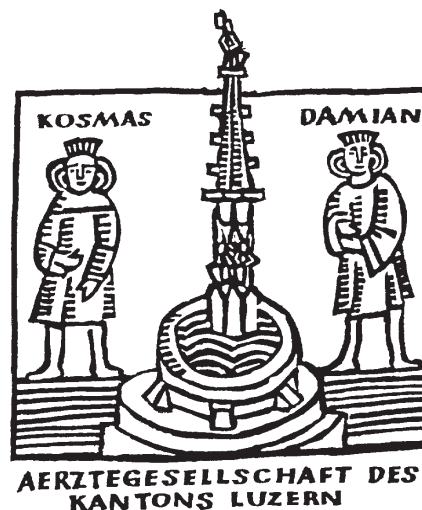
Schlussfolgerungen

Der Arzt ist von Gesetzes wegen zur Führung und Aufbewahrung der Krankengeschichte seiner Patienten verpflichtet. Die Krankengeschichte gehört aber nicht dem Arzt sondern dem Patienten. Bei den Patientendaten handelt es sich um besonders schützenswerte Personendaten, an deren Bearbeitung sehr hohe Anforderungen gestellt werden. Zur Sicherung der Daten hat der Arzt sicherzustellen, dass alle erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen vor unbefugtem Zugriff und Bearbeitung getroffen werden. Weiter hat er auch den unterschiedlich langen Aufbewahrungsfristen durch geeignete Massnahmen Rechnung zu tragen. Dies hat alles zum Schutze des Patienten und im Interesse des Arztes zu erfolgen.

Andrea Meule
Rechtsanwältin
andrea.meule@krlaw.ch

Hubert Rüedi
Rechtsanwalt · Notar · Partner
hubert.ruedi@krlaw.ch

Kaufmann Rüedi Rechtsanwälte AG
Alpenquai 28a
CH-6005 Luzern
Tel. 041 417 10 70, Fax 041 417 10 77
www.krlaw.ch



Generalversammlung der Aerztegesellschaft des Kantons Luzern

Mittwoch, 16. November 2011
16.00, s.t.

Wir erwarten auch Sie!
In Ihrer Agenda eintragen!